

Si trabaja en Delaware, puede solicitar los beneficios del Pago de Licencia en Delaware. Arch Insurance revisará todas las solicitudes presentadas para determinar su elegibilidad. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Antes de solicitar el DE PFML...



 **Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia**



 **Planifique sus licencias.** Las licencias pueden tomarse de forma continua o intermitente, de acuerdo con el DE PFML.



Notifique a su empleador de DE
al menos 30 días antes del inicio de la
licencia (si la licencia es previsible). De
lo contrario, notifique a su empleador lo
antes posible.

Complete su(s) formulario(s) de reclamo y adjunte la documentación requerida



El empleado completa la Parte A, Declaración del Reclamante, en su totalidad. Firma y fecha el formulario, guarda una copia para tus archivos y entrega el paquete de reclamación a tu empleador para que pueda completar la Parte C.



El empleado completa la Parte B, el Formulario de Atestación de Licencia por Exigencia Militar, y adjunta la documentación de respaldo.



El empleador completa la Parte C, Declaración del Empleador, en su totalidad. Deben hacer una copia de la reclamación para sus archivos y devolverle la declaración del empleador completa.



Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamación completo:

Arch Insurance Company
PO Box #26316
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico:
archdbl@acitpa.com

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

Parte A: Información del empleado

(debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Dirección postal del empleado:

Dirección

Ciudad _____ Estado | ____ | Código postal | ____ |

Número de Seguro Social:

4 Fecha de nacimiento del empleado: / /

*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, una compañía miembro de Arch Insurance Group Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para conocer los términos y condiciones detallados. La información que proporcione a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de DE PFML. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto del beneficio, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los socios de DE PFML. Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Parte A Continúa en la página siguiente

26-07-DBL05

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

5 **Género del empleado:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No designado / Otro

6 **Número de teléfono del empleado:** (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ _ |

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____

8 **Información del empleador:**
Nombre _____
Dirección _____

Ciudad _____
Estado | _ _ | **Código postal** | _ _ _ _ _ |
Promedio de horas trabajadas/semana | _ | **Promedio de días trabajados por semana** | _ | **Salario promedio (\$)** | _ _ |

9 **¿La licencia será por un periodo de tiempo continuo o intermitente?**
☐ Continuo Fecha de inicio de la licencia Fecha de finalización de la licencia
 m m / d d / a a a a m m / d d / a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |
☐ Las fechas son estimadas
☐ Intermitente Identifique las fechas en las que se tomará la licencia intermitente: _____
☐ Las fechas son estimadas _____

10 **¿Se le dio a su empleador un aviso con 30 días de anticipación para esta licencia?**
☐ Sí Fecha de aviso proporcionado al empleador m m / d d / a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |
☐ No Razón: _____

11 **¿Ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios por esta licencia?**

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo (CESA)	☐	☐	_____	_____
b. Compensación laboral por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo	☐	☐	_____	_____
c. Incapacidad a corto plazo (ITP)	☐	☐	_____	_____
d. Otro (enfermedad/licencias/ tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique. _____	☐	☐	_____	_____

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

12 ¿Recibirá pagos de su empleador mientras esté en DE PFML?

☐ Sí

☐ No

Si su respuesta es Sí, al firmar a continuación usted confirma la cesión del pago de sus beneficios a su empleador.

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Certifico además que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso, y reconozco que, de no hacerlo, se podrán acumular intereses y otras sanciones.

Por la presente, solicito beneficios bajo el programa de Seguro de Licencia Pagada de Delaware. Mi firma confirma que la información que proporciono es verdadera y precisa en la medida de mis conocimientos.

Firma:

Fecha: | m | m | / | d | d | / | a | a | a | a |

¿Preguntas? Contáctenos al 877-369-0979
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

Parte B:

 Formulario de certificación de licencia por exigencia militar**Sección 1: Información del empleado - Para que la complete el empleado**

1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 **Número de Seguro Social:** _ _ _ - _ _ - _ _ _

Sección 2: Acerca del familiar militar

1 **Seleccione a su familiar. El familiar es su:**

- ☐ Hijo (de cualquier edad)
- ☐ Padre
- ☐ Cónyuge

Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, cuidado temporal, adoptivas, de padrastro o madrastra, y relaciones en representación de los padres, así como las mismas relaciones con el cónyuge del empleado, si corresponde.

2 **Nombre del miembro de la familia:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

3 **Dirección postal del miembro de la familia:**
Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** | _ _ | **Código postal** | _ _ _ _ _ |

Sección 3: Sobre la necesidad de licencia por exigencia que califica.

Si se aprueba, puede tomar una licencia por el servicio activo de su familiar o la notificación de un llamado o una orden inminente para el servicio activo en las fuerzas armadas. Debe adjuntar a esta certificación una copia de las órdenes de servicio activo del familiar u otra documentación emitida por las fuerzas armadas que indique que el familiar está en servicio activo cubierto o que ha sido llamado para el servicio activo cubierto, como la correspondencia militar oficial de la cadena de mando del miembro militar. Por cada motivo marcado, presente la documentación o información de respaldo para agilizar el proceso de su solicitud. Es posible que necesitemos otra información o documentación necesaria para respaldar su solicitud.

1 **Necesito una licencia por los siguientes motivos. Marque todos los que correspondan:**

- ☐ Proporcionar atención u otras necesidades del hijo de un miembro de la familia militar u ☐ otro miembro de la familia
- ☐ Realizar arreglos financieros o legales para el miembro de la familia en servicio militar
- ☐ Asistir a consejería ☐ Asistir a eventos o ceremonias militares
- ☐ Pasar tiempo con el familiar militar durante una licencia de descanso/recuperación o después de regresar del despliegue.
- ☐ Realizar arreglos después de la muerte del familiar en servicio militar.

2 **¿Hay documentación escrita disponible y adjunta que respalde esta solicitud de licencia?**

☐ Sí ☐ No ☐ no disponible

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

Sección 4: Fecha, duración y frecuencia de la licencia por exigencia que califica

Proporcione información sobre la duración de la licencia necesaria. Varias preguntas en esta sección buscan información sobre la frecuencia o duración de la licencia por exigencia que califique. Sea lo más específico posible; términos como "desconocido" o "indeterminado" podrían no ser suficientes para justificar la cobertura de la licencia remunerada.

Si necesita diferentes fechas, duración o frecuencia de licencia debido a más de una exigencia justificada, proporcione la información a continuación para cada motivo. Puede utilizar el espacio a continuación, copias de esta página o páginas adicionales.

1 Enumere la fecha aproximada en que comenzó o comenzará la licencia: _____
(mm/dd/aaaa)

2 Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde: _____ **hasta:** _____
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

Complete los puntos 3 y 4 según corresponda:

3 Debido a una licencia por exigencia que califica, necesitaré ausentarme del trabajo por un período continuo. Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde: _____ **hasta:** _____
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

4 Debido a la exigencia calificada, necesitaré ausentarme del trabajo de forma intermitente (periódicamente). Indique su mejor estimación de la frecuencia con la que deberá ausentarse y la duración de cada cita, reunión o ausencia.

Desde: _____ hasta: _____, estaré ausente _____ veces por ☐ día/ ☐ semana/ ☐ mes,
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
probablemente dure aproximadamente _____ ☐ días por episodio.

5 Utilice este espacio para proporcionar la información solicitada en los puntos 3 y 4 en cuanto a motivos adicionales de licencia por exigencia, si hay más de uno, y/o para proporcionar cualquier información de respaldo adicional:

Sección 5: Firma del empleado

Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta, la documentación que estoy proporcionando es verdadera y precisa, y necesito una licencia por exigencia militar que califica según lo dispuesto por Licencias Pagadas en Delaware.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétrenos en línea en [archinsurance.com/disability](https://www.archinsurance.com/disability)

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

Nombre del empleado:

Parte C: Información del empleador (debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita DE PFML)

1 Información del empleador:

Nombre legal completo de la empresa:

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.):

2 Número de póliza:

3 Número de identificación patronal federal (FEIN) de la empresa:

4 Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de licencia:

5 Teléfono de contacto: () - -

6 Dirección de correo electrónico de contacto:

7 Situación laboral actual del empleado:

☐ Empleado activo-no despedido

☐ Despedido del empleo — Fecha del despido: m m / d d / a a a a

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: m m / d d / a a a a

9 Último día trabajado antes de salir:

Fecha: m m / d d / a a a a

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

☐ Sí ☐ No

Fecha de regreso al trabajo: m m / d d / a a a a ☐ Real ☐ Estimado

11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado:

12 Seleccione los días de la semana en que habitualmente trabaja el empleado:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

Horas: Horas/semana:

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

Nombre del empleado: _____

13 Verificación de empleo de Delaware ("DE"):

- a. ¿Las ganancias del empleado se informan al final del año en el formulario W-2 del IRS? ☐ Sí ☐ No (responda la pregunta 13b)
- b. ¿El empleado está sujeto a obligaciones del seguro de desempleo en Delaware? ☐ Sí ☐ No (responda la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de Delaware? ☐ Sí ☐ No (responda la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localmente, ¿la base de operaciones del empleado está en Delaware y parte del trabajo se realiza allí? ☐ Sí ☐ No (responda la pregunta 13e)
- e. Si no hay una base de operaciones, ¿el empleado realiza algunos de los servicios dentro de DE y recibe dirección y control de DE? ☐ Sí ☐ No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, no hay servicios locales ni base de operaciones en DE, ¿el empleado reside en DE? ☐ Sí ☐ No

14 Salario semanal promedio:

Tome como referencia el salario semanal promedio de los cuatro trimestres naturales completos inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud de prestaciones. \$ _____

15 ¿El empleado que solicitó licencia previsible le dio 30 días de anticipación?

☐ Sí

☐ No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: | / | / | |

16 ¿El empleado ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios por esta licencia?

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo (CESA)	☐	☐	_____	_____
b. Compensación laboral por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo	☐	☐	_____	_____
c. Incapacidad a corto plazo (ITP)	☐	☐	_____	_____
d. Otro (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique. _____	☐	☐	_____	_____

¿Preguntas?

Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

26-07-DBL05

Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

Nombre del empleado: _____

17 Licencia remunerada proporcionada por el empleador durante el período de licencia

Si el Empleador proporciona Licencia Pagada Acumulada u otra prestación salarial al Empleado Elegible durante un período de PFML, el Empleador es responsable de pagar únicamente la cantidad de Licencia Pagada Acumulada u otra prestación salarial que, combinada con el Monto del Beneficio Semanal, sea igual o inferior al salario semanal promedio del Empleado Elegible, de modo que este no reciba más del 100 % de su salario semanal promedio. El Empleado Elegible debe dar su consentimiento para el uso de la Licencia Pagada Acumulada durante los períodos de PFML.

“**Licencia Pagada Acumulada**” se refiere a la licencia obtenida o proporcionada a un Empleado Elegible de conformidad con un plan o póliza de beneficios ofrecido por el Empleador, incluyendo, entre otros, el Pago por Enfermedad (incluida la Licencia Pagada por Enfermedad de Delaware), vacaciones anuales, vacaciones pagadas, licencia personal, licencia compensatoria o tiempo libre remunerado. La licencia pagada acumulada no incluirá (i) una póliza o programa de discapacidad del Empleador; ni (ii) una póliza de Licencia Familiar o Médica Pagada del Empleador.

a. ¿El empleado utilizará alguna licencia paga acumulada durante el período de licencia solicitado?

☐

Sí (responda la pregunta b)

☐

No

b. ¿El empleado recibirá un reemplazo salarial durante todo o una parte del período de licencia solicitado?

☐

Sí (responda la pregunta i)

☐

No

i. Proporcione detalles sobre el tipo de reemplazo salarial y la(s) fecha(s) en que se pagará:

ii. En caso afirmativo, ¿el empleador solicita el reembolso?

☐

Sí

☐

No

*El reembolso solo está disponible si el empleador continuó pagando el salario durante la licencia.

Declaración y Firma:

AVISO: Es ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles.

Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita beneficios bajo el programa de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Delaware. Mi firma confirma que, en la medida de mis conocimientos, la información que he proporcionado es verdadera, precisa y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra falta de información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Firma: _____

Fecha: | / | / | |

¿Preguntas?

Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability